

（宛先）松阪市長

（接種を受けた日の属する年度の末日まで）

申請者（接種対象者。ただし、被接種者が18歳未満の場合は保護者。）

住 所

〒

氏 名

印

電話番号

松阪市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付申請書

松阪市特別の理由による任意予防接種費用助成金交付第6条の規定に基づき、再接種を受けたいので、申請します。なお、予防接種等について下記の被接種者に関する疾病の状況等必要な情報があるときは、松阪市がその情報を関係医療機関に問い合わせること及び接種医療機関に提供することに同意します。

1. 接種対象者

住 所	〒	(※申請者本人の場合、省略可)
フリガナ 氏 名		(※申請者本人の場合、省略可)
生 年 月 日	年 月 日	

2. 申請理由（医師記入欄）

再 接 種 理 由	(疾病名) (該当理由)	
再 接 種 ワ ク チ ン		
医 療 機 関	名 称	
	住 所	〒
	医 師 名	印
	記 入 日	年 月 日

（添付書類） 母子健康手帳等の過去に定期接種を受けた記録の写し